| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-05-01 | **Hasta:** | 2024-05-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | MARIA FERNANDA BASTIDAS ERAZO | | **Número de Documento:** | 1026582454 | |
| **Correo Electrónico:** | mafebaer7@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3228971193 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6044-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1393 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $4613064 | 87.6% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4613064** | **CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-05-06 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-09-30 | 1 | $ 18452256 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 5214768 | 2836 |
| 3 | 2023-11-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 0 | 0 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 9276270 | 3495 |
| 5 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 5 | $ 7270590 | 232 |
| 6 | 2024-02-01 | 2024-03-31 | 6 | $ 6619488 | 609 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2024-03-01 | 2024-05-31 | 7 | $ 9226128 | 873 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 4613064 |
| 2 | JUNIO | $ 4613064 |
| 3 | JULIO | $ 4613064 |
| 4 | AGOSTO | $ 5214768 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 4613064 |
| 6 | OCTUBRE | $ 4613064 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 4663206 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 4613064 |
| 9 | ENERO | $ 4663950 |
| 10 | FEBRERO | $ 4613064 |
| 11 | MARZO | $ 4613064 |
| 12 | ABRIL | $ 3961218 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4613064** | **$ 60672564** | **$ 55407654** | **$ 5264910** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Analizar las necesidades de enfermería de la persona que requiere cuidado y el cuidado | -No aplica. | -No aplica, |
| 2 | Diseñar junto con la familia las metas y planes de atención de corto, mediano y largo plazo con relación a aspectos en salud. | -No aplica. | -No aplica. |
| 3 | Prevenir de enfermedades, a través de la identificación realizada en la primera sesión trabajara sobre los factores de riesgo que pueden generar enfermedades, así como también el tratamiento y control de las mismas | -No aplica. | -No aplica. |
| 4 | Indicar Buenos hábitos de vida saludable que permitan mejorar el estado de salud y bienestar | -No aplica. | -No aplica. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | Validar su la condición de salud y brindar herramientas para que exista mayor satisfacción en la vida diaria. | -No aplica. | -No aplica. |
| 6 | Enseñar a Manejo del estrés y hábitos para reducción del estrés. Enseñar Herramientas para mejorar las capacidades motrices | -No aplica. | -No aplica. |
| 7 | Brindar herramientas para generar una mayor conciencia sobre la salud. | -No aplica. | -No aplica. |
| 8 | Fortalecer de la autonomía-participación social y comunitaria desde las habilidades de la familia | -No aplica. | -No aplica. |
| 9 | Realizar la visita domiciliaria de seguimiento y se generar el recuento de todo lo aprendido durante las sesiones, utilizando herramientas que permita que el cuidador y la persona cuidada puedan interiorizar los aprendizajes. | -No aplica. | -No aplica. |
| 10 | Verificación de criterios de inclusión a la estrategia, identificación de necesidades y determinar plan de cuidado | -No aplica. | -No aplica. |
| 11 | Atención en salud para fortalecer la labor de cuidado de la Dupla Fortalecimiento de competencias y comités de cuidado | -No aplica. | -No aplica. |
| 12 | Análisis de casos atendidos y fortalecimiento en herramientas para mejorar la atención. | -No aplica. | -No aplica. |
| 13 | Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en la matriz programática entregada por la SecretarÍa de Salud, realizando con calidad. pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. | -No aplica. | -No aplica. |
| 14 | 1.Realizar alistamiento preselección familias cuidadoras. | -No fue asignada esta obligación para este mes. Se dio cumplimiento a las otras obligaciones. | -No aplica. |
| 15 | 2. Realizar visitas de Identificación familias cuidadoras y clasificación por modalidad de relevo. | -No fue asignada esta obligación para este mes. Se dio cumplimiento a las otras obligaciones. | -No aplica. |
| 16 | 3. Realizar atención en salud para fortalecer la labor de cuidado de la Familia Cuidadora de acuerdo con la modalidad. | -Durante la ejecución de las sesiones se identificaron necesidades ocupacionales de las familias cuidadoras ubicadas en la zona urbana, y como estas necesidades impactan su estado de salud de forma positiva o negativa, lo cual permite intervenir desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y alcance del bienestar ocupacional. | -Registro de sesiones en aplicativo. -Listados de firmas de los y las cuidadoras. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 17 | 4.Promover un estilo de vida saludable, así mismo generar ajustes razonables para apoyar procesos de educación inclusiva. | -Se realizaron con las familias cuidadoras de la zona urbana sesiones enfocadas en la implementación de hábitos saludables para el cuidado y mantenimiento de su estado de salud. Para ello se brindaron diferentes recomendaciones viables de realizar , asi mismo se entrego folleto educativo relacionado con el tema para mayor apropiacion de la información. Se proporciona recomendaciones relacionado con ajustes razonables en su ambiente que sean viables para suplir las necesidades de las familias cuidadoras. | -Registro de sesiones en aplicativo. -Listados de firmas de los y las cuidadoras. |
| 18 | 5. Realizar las sesiones establecidas en la guía operativa de relevo las siguientes actividades: | -Registro de información en aplicativo de intervenciones desde el perfil de Terapia Ocupacional. | -Registro de información en aplicativo de intervenciones desde el perfil de Terapia Ocupacional. |
| 19 | 6. Realizar la presentación, el objetivo de la intervención. Primera sesión • Identificar de necesidades para el fortalecimiento del cuidado (adaptaciones --requeridas conforme al tipo de discapacidad). • Concertar adaptaciones y priorización de acciones. • Fortalecer la autonomía- autocuidado Actividades de la vida diaria. • Seguimiento a acciones y actividades concertadas. Segunda sesión • Seguimiento a acciones y actividades concertadas •Fortalecimiento de la autonomía- Juego - Esparcimiento-tiempo libre. Tercera sesión • Fortalecer la autonomía- Actividades con remuneración económica-emprendimiento o planes para la educación. • Seguimiento a acciones y actividades concertadas y educación para el desarrollo de actividades de la vida diaria de acuerdo con la condición de la persona que requiere cuidado. Cuarta sesión . Realizar seguimiento a acciones y actividades concertadas - plan para el mantenimiento de las habilidades desarrolladas | -Se realizaron sesiones relacionadas con la promoción de hábitos de higiene postural en la ejecución de las actividades de la vida diaria, previniendo lesiones osteomusculares.Se brindaron recomendaciones relacionadas con la prevención de caidas en el hogar y estiramientos. Así mismo se brindaron recomendaciones sobre ajustes razonables en el ambiente físico donde habitan las familias cuidadoras aportando a la independencia de la persona que requiere cuidado, teniendo en cuenta sus características individuales. Se sensibilizo sobre la importancia de involucrar dentro de su rutina tiempos cortos para desarrollar actividades de descanso, ocio productivo y tiempo libre alcanzando de esta manera un equilibrio ocupacional. Se compartió oferta institucional relacionada con las Manzanas del Cuidado aportando a su participación social y desarrollo personal. Se favoreció procesos de causalidad personal en el cuidador brindando herramientas para el direccionamiento de su proyecto de vida. | -Registro de sesiones en aplicativo. -Listados de firmas de los y las cuidadoras. |
| 20 | 7. Fortalecer la autonomÍa- participación social y comunitaria desde las habilidades de la familia. • Reconocer el espacio brindado a la persona de manera positiva y retroalimentar los avances logrados durante las intervenciones. | -Se compartió información a las familias cuidadoras de la zona urbana para que se vinculen a diferentes escenarios de participación social y comunitaria. Por consiguiente se mencionaron las Manzanas de Cuidado dependiendo de la localidad en la que habita la familia cuidadora como lo son: El Virrey (Usme), Molinos (Tunjuelito), Mochuelos (Ciudad Bolivar) y Manitas (Ciudad Bolivar). De igual forma se comparte información sobre la Secretaría Distrital de Integración Social para que accedan a servicios de formación complementaria y/o servicios sociales que brindan apoyo económico para las familias. Se orienta a las familias cuidadoras sobre como tramitar el certificado de discapacidad y obtención de ayudas técnicas para las personas que requieren cuidado. | -Registro de información en aplicativo. -Listados de firmas de los y las cuidadoras. |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 21 | 8. Realizar visita de cierre y tamizajes Zarit final y OPHIU. | -Se realiza entrevista OPHI-II inicial y OPHI-II final con los y las cuidadoras en el primer y segundo momento. Este instrumento permite conocer la historia ocupacional del cuidador. Se obtuvieron diferentes calificaciones en relación a su función ocupacional. Se diligencia información del OPHI en el aplicativo. | -Registro de tamizajes OPHI primer y segundo momento en aplicativo. |
| 22 | 9. Análisis de casos atendidos y fortalecimiento en herramientas para mejorar la atención. | -Se asiste a comités convocados y se realiza aportes desde el perfil de Terapia Ocupacional para el informe mensual. | -Aportes de informe por escrito (digital) y listado de firmas. |
| 23 | 10.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en la matriz programática entregada por la secretaría de salud. Realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, entre otros, a las poblaciones en los territorios priorizados. | -Se realizaron visitas de fortalecimiento establecidas para el presente mes. | -Registro de intervenciones y tamizajes OPHI en el aplicativo . -Entrega de listados de firmas de los cuidadores a la líder operativa. |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 3961218 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9465636598 | - | | |
| **2024** | **ABRIL** | **2024** | **04** | **15** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS DIECIOCHOPESOS** | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1584487 | $ 253518 | **$ 295300** |
| Salud | | ALIANSALUD | | $ 198061 | **$ 230700** |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 38598 | **$ 45000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 459850** | **$ 571000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24117172537 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARIA FERNANDA BASTIDAS ERAZO | 2024-05-25 15:11:46 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-05-29 08:55:49 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-05-29 17:35:50 |

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026582454 | | BASTIDAS MARIA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 50 2 26 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-04 | 2024-04 | 573429132 | 9465636598 | I | 2024/05/15 | 2024/04/15 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $571,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1026582454 | BASTIDAS MARIA | 230301 | 30 | $1,845,226 | $295,300 | EPS001 | 30 | $1,845,226 | $230,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,845,226 | $45,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026582454 | | BASTIDAS MARIA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 50 2 26 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-04 | 2024-04 | 573429132 | 9465636598 | I | 2024/05/15 | 2024/04/15 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $571,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $295,300 | $0 | $0 | $295,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $295,300 | $0 | $0 | $295,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $45,000 | $0 | $0 | $45,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $45,000 | $0 | $0 | $45,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $571,000 | $0 | $0 | $571,000 |

Banco Caja Social
Su banco amigo.

# Pago de servicios electrónicos

## Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

**FECHA Y HORA**
13 abril 2024 11:50 am

**DIRECCIÓN IP. 181.53.12.240**

**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**
APII4104320076851120

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**
11209API

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL COMERCIO** | APORTES EN LINEA |
| **NIT DEL COMERCIO** | 9999001472382 |
| **CÓDIGO DEL SERVICIO** | 99000 |
| **VALOR DE LA TRANSACCIÓN** | $571.000,00 |
| **VALOR DEL IMPUESTO** | $0,00 |
| **REFERENCIA DE PAGO** | 9465636598 |
| **FECHA DE LA SOLICITUD** | 13 abril 2024 |
| **REFERENCIA 1** | 181.53.12.240 |
| **REFERENCIA 2** | CC |
| **REFERENCIA 3** | 1026582454 |
| **CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)** | 573429132 |
| **CICLO DE LA TRANSACCIÓN** | 1 |
| **DESCRIPCIÓN DEL PAGO** | Pago de la Planilla de aportes con clave 9465636598 |
| **CUENTA ORIGEN** | Cuentamiga *******2537 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026582454 | | BASTIDAS MARIA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 50 2 26 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-05 | 2024-05 | 1000000628 | 9466299809 | I | 2024/06/17 | 2024/05/24 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $571,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1026582454 | BASTIDAS MARIA | 230301 | 30 | $1,845,226 | $295,300 | EPS001 | 30 | $1,845,226 | $230,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,845,226 | $45,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,845,226 | $295,300 | | | $1,845,226 | $230,700 | | | $0 | $0 | | | $1,845,226 | $45,000 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1026582454 | | BASTIDAS MARIA FERNANDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 50 2 26 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-05 | 2024-05 | 1000000628 | 9466299809 | I | 2024/06/17 | 2024/05/24 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $571,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $295,300 | $0 | $0 | $295,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $295,300 | $0 | $0 | $295,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $45,000 | $0 | $0 | $45,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $45,000 | $0 | $0 | $45,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $230,700 | $0 | $0 | $230,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $571,000 | $0 | $0 | $571,000 |

MAY 23 2024 19:34:58 RBMICT 9.92
CORRESPONSAL
DROGUERIA EL CONSUELO
CLL 2B 40D-07

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0013175666 TER: JAAAZ165
V.ELECTRON Cc
**9294 RECIBO: 052352 RRN: 093166
RECAUDO APRO: 287720

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009466299809
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 571.000

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

MAY 23 2024 - 19:38:21
CORRESPONSAL
DROGUERIA EL CONSUELO
CLL 2B 40D-07
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009466299809
VALOR: $ 571.000

TOTAL: $ 571.000

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | | | |

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 6044- 2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 6044- 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 6044 - 2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 6044 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 6044 - 2023.pdf | CUENTA JULIO CTO 6044 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 6044-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6044 - 2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 6044 - 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 6044-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE CTO 6044-2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE CTO 6044-2023.pdf | CUENTA DICIEMBRE CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO 6044-2023.pdf | CUENTA ENERO CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | Informe de Actividades Número 177863.pdf (Archivado) | Informe de Actividades Número 177863.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA FEBRERO CTO 6044-2023.pdf (Archivado) | CUENTA FEBRERO CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO CTO 6044-2023..pdf | CUENTA FEBRERO CTO 6044-2023..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO CTO-6044-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO-6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO 6044-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO 6044-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

7:23 AM

docs.google.com/f

15




# Encuesta de percepción sobre Hambre Oculta en Bogotá

Se ha registrado tu respuesta

Ver las respuestas

Enviar otra respuesta

Este formulario se creó en Bogotá es TIC. Denunciar abuso

Google Formularios